

ESTUDIO DE LA INFECCION URINARIA DE LA GRAVIDICA DESPUES DEL PUERPERIO*

*Dr. Alonso Acuña Cañas***

*Dr. Clímaco Silva García****

*Dr. Aníbal Perna Mazzeo*****

PREAMBULO

Es particularmente escaso lo que se ha escrito sobre los estudios de vías urinarias verificados en la época que sigue al puerperio, en mujeres que durante la gravidez presentaron patología urinaria —especialmente infección—; ellas generalmente se estudian durante el embarazo de manera deficiente e inadecuada debido a las dificultades de la exploración urológica en este período.

Podemos decir, que en la bibliografía a nuestro alcance no hemos encontrado nada concreto sobre este tópico; estudios profundos y novedosos sobre los exámenes de la orina con todos los adelantos de la tecnología se han publicado en abundancia; pero es necesario poner de presente que estos análisis si bien orientan adecuadamente, jamás rubrican la certeza de un diagnóstico completo y definido de la patología existente en las vías urinarias.

* Presentado en el VI Congreso Colombiano de Obs. & Gin.

** Ponente del Trabajo. Profesor Asistente de Urología, Universidad de Cartagena.

*** Profesor Asistente de Obs. & Gin. Universidad de Cartagena.

**** Profesor Asistente de Obs. & Gin. Universidad de Cartagena.

Es común que obstetra y futura madre se alarmen ante la presencia de infección urinaria (I.U.) durante la gravidez; pero asimismo es común también que esta alarma desaparezca con el parto, para caer en el puerperio y luego de él en un peligroso olvido; a menos que —como ocurre de vez en cuando— el cuadro urinario se haya hecho presente con auténticos visos de gravedad durante y después del embarazo.

El objetivo de nuestro trabajo preliminar aún, es el de valorar a fondo y lo más completamente posible la importancia que tiene el diagnóstico de I.U. en la mujer embarazada y la trascendencia de éste, que no debe terminar en la simple administración de un antibiótico que ponga un aparente punto final al problema.

Antecedentes. Un buen número de autores han demostrado que las bacterias introducidas al torrente circulatorio producen pielonefritis cuando el riñón está obstruido (Brewer 1915, Sokol 1940, Mallory 1941, Wyrauch 1957) (1); y Bell en 1942 (2) en su larga serie de autopsias nos afirma categóricamente que en riñones pielonefríticos las lesiones obstructivas son doce veces más frecuentes que las no obstructivas; desde

Pasteur quien en 1863 afirmó que la orina vesical era estéril, pasando por Hendenheim quien en 1886 demostró que el riñón sano no filtra bacterias, pasando por Sokol que en 1941 reafirmó que las bacterias no se filtran por el riñón normal, y llegando a Davis en 1953 quien sostiene que en personas normales el tracto urinario es estéril, para terminar en De Navázquez en 1957 quien demuestra que la inyección de gérmenes en sangre y parénquima renal producen pielonefritis (PN) según el tipo de germen y la coexistencia de obstrucción, hemos convenido en la actualidad que la obstrucción de las vías urinarias juega un papel decisivo en la producción de la infección; tanto así, que afirmamos sin lugar a dudas, que la obstrucción aparea la infección y por tanto siempre que ella exista en las vías urinarias debe buscarse y descartarse la topografía y tipo de una obstrucción (1) (2).

En la obstetricia, numerosas experiencias han demostrado que el útero grávido y/o la hiperhormonemia progesterónica producen dilatación ureteral; sea como consecuencia de la obstrucción que significa la matriz aumentada de tamaño o la que significa la hipoperistalsis ureteral por la dishormonemia, o por ambas noxas, durante la gravidez existe una obstrucción permanente del tracto urinario alto.

Sin embargo es lógico pensar que esta obstrucción de la gravidez —mecánica y/o dinámica— no es el único causante —como generalmente se quiere creer— de la infección urinaria que presenta la mujer grávida ya que si así fuera, sería entonces lo corriente que todas las mujeres embarazadas tuviesen infección urinaria. Es pues necesario que coexistan otros factores de índole obstructiva dentro de las mismas vías urinarias que de-

finan más categóricamente —y coadyuvándose con la gravidez— el factor obstructivo, o bien que desde focos sépticos distantes, gérmenes directamente patógenos al riñón colonicen las vías urinarias de por sí ya obstruidas por las circunstancias de la gravidez. Es de suponer que aquellas mujeres embarazadas que no son portadoras de los factores anteriormente anotados serán aquellas cuyo embarazo transcurra libre de infecciones urinarias; para aquellas en que el embarazo corre con infección urinaria será necesario dedicar estudios completos urológicos que definirán si existen factores obstructivos distintos a los producidos por la misma gravidez.

Razón del estudio. Para conocer la etiología real de una I.U. (infección urinaria) en una mujer grávida, sería necesario efectuar un estudio urológico lo más completo posible. Por ello es por lo que durante la época del embarazo no se hacen estos estudios pues son bien conocidos los problemas y peligros que para la gravidez representan ciertos estudios paraclínicos, más concretamente los de tipo endoscópico y radiológico.

Se puede afirmar sin lugar a dudas —y como principio elemental de la urología— que no puede existir un estudio completo y lógico de las vías urinarias sin los estudios paraclínicos de tipo endoscópico y radiológico. Todas las minucias y estilizaciones muy interesantes y útiles por cierto, que las técnicas modernas han llevado a realizar sobre la orina (4) es indudable que orientan y definen aspectos básicos del problema de la infección urinaria, pero jamás darán la oportunidad de realizar diagnóstico total y concreto del problema.

Salvo los casos de extremada urgencia, que son excepcionales, en la

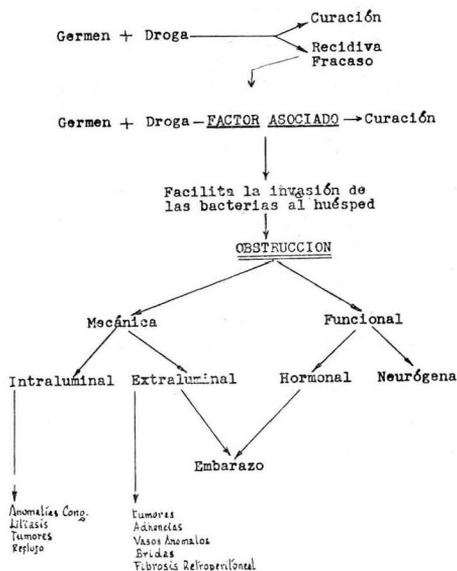
mujer embarazada con infección urinaria no suelen realizarse estudios de sus vías urinarias en forma completa; ni por parte del obstetra como tampoco del urólogo, por la agresividad y peligro que para feto y madre representan y que por ser conocidos no es del caso discutir aquí; este hecho, obliga a recurrir en la época de la gravidez a resolver el caso por los datos de la clínica y los que arrojen los estudios de la orina.

Aún con los avances actuales de detección y valoración cualitativa y cuantitativa de la infección por los estudios de la muestra de orina, no es posible determinar las noxas anatómicas de las mismas vías urinarias que están acompañando y/o causando la infección.

Si pensamos que fuera de la gravidez coexisten otros factores obstructivos dentro de las vías urinarias que faciliten a un cierto número de mujeres la producción de infecciones urinarias (I.U.) durante su estado gestacional, tendremos que verificar estudios muy completos de ellas para poder demostrarlo (1). Como ya dijimos que para seguridad de madre e hijo nos es vedado practicar ampliamente dichos estudios durante la gestación misma, tendremos entonces que recurrir a época posterior para verificarlos. Durante el puerperio, el fenómeno de la involución nos indicará que se hace necesario esperar a que esta etapa termine para obtener datos reales. Es por ello por lo que hemos emprendido nuestros estudios una vez transcurridos más de 60 días después del parto.

Trascendencia del estudio. Es muy común que a la mujer embarazada se le diagnostique I.U. y/o P.N. y se le traten éstas durante la gestación; sin embargo, es casi excepcional que se estudien a fondo las vías urinarias

de estas mujeres una vez terminado el embarazo. Nuestro esfuerzo tiene como objetivo primordial establecer esta rutina para subsanar el error; ello, porque pensamos que si bien la mujer grávida tiene mayor opción para hacer I.U. y P.N. por su estado especial, también no es menos cierto que no está exenta de conllevar otros factores asociados que se hace necesario descubrir y tratar con el fin esencial de poderle garantizar futuros embarazos normales. (Ver Cuadro Nº 1).



Material y métodos de estudio. Con el fin de confeccionar este informe inicial, se han considerado los primeros 25 casos estudiados, de mujeres que presentaron en el decurso de su último embarazo I.U. y/o P.N. y cuyas vías urinarias fueron estudiadas lo más completamente posible entre los 60 y 360 días después del parto. La amplitud de este lapso se debió a la renuencia de algunas de las pacientes a someterse al estudio.



CASO Nº 1 - Urografía. - Cálculo localizado en el cuello del cáliz superior izquierdo.

Estos 25 casos han sido estudiados en serie cronológicamente. Es decir, no son casos seleccionados o especiales; han ido presentándose en forma consecutiva desde hace casi cuatro años; desde aquella época nos trazamos el plan de estudiar estas pacientes con I.U. durante su gravidez; y es así como completamos 46 de estos casos, de los cuales 21 han sido descartados por no haberse sometido a los estudios mínimos ordenados —en algunos casos— o porque las pacientes desertaron e incumplieron las citas ordenadas para luego del puerperio.

Estudios verificados:

Orina: examen parcial; coloración de Gram; cultivo con recuento bacteriano de colonias y coagulasas. En

algunos casos: antibiograma, estudio de Addis, investigación de B. de K. en orinas de 24 horas seriadas, coloraciones de Stenheimer-Marvin, recolección de orinas separadas.

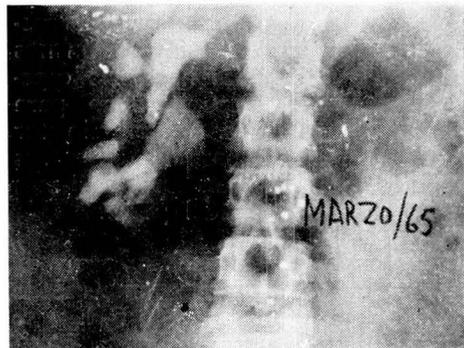
Flujo Vaginal: frotis y demás estudios algunos casos.

Endoscopias: Uretrocistoscopia de rutina.

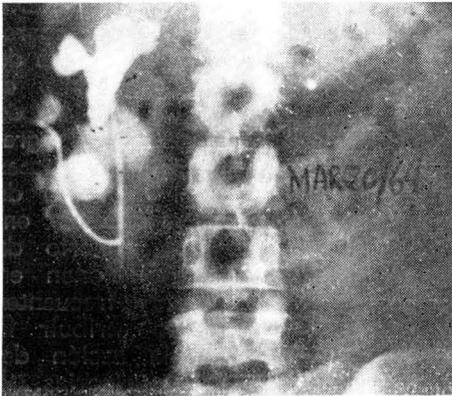
Examen clínico ginecológico de rutina. Vaginoscopia.

Radiológicos: Urografía de rutina. Pielografía en casos seleccionados. Uretrografía, cistografía en casos seleccionados. Ureterografía, casos seleccionados. No hubo indicación en ninguno de los casos para efectuar aortografía o retroneumoperitoneo, pero se deben tener en cuenta si el caso lo indica.

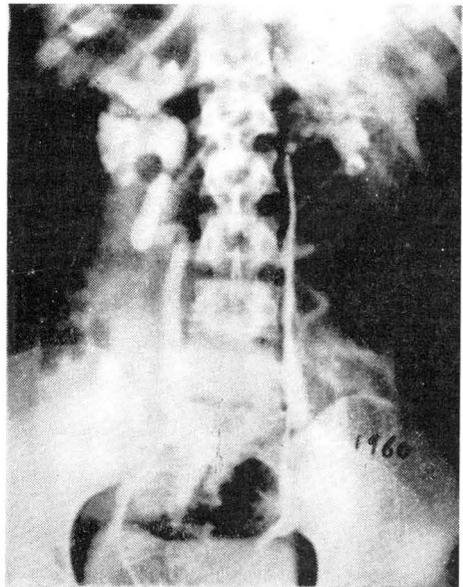
Resultados del estudio. El cuadro Nº 2, muestra los detalles del estudio realizado en cada una de las 25 pacientes cuyo orden de presentación en dicho cuadro, es cronológico. Se han tomado como datos de interés: edad, Nº del embarazo, antecedentes de patología urinaria antes de la paridad, antecedentes de patología urinaria en anteriores embarazos, Sintomatología Urinaria del último em-



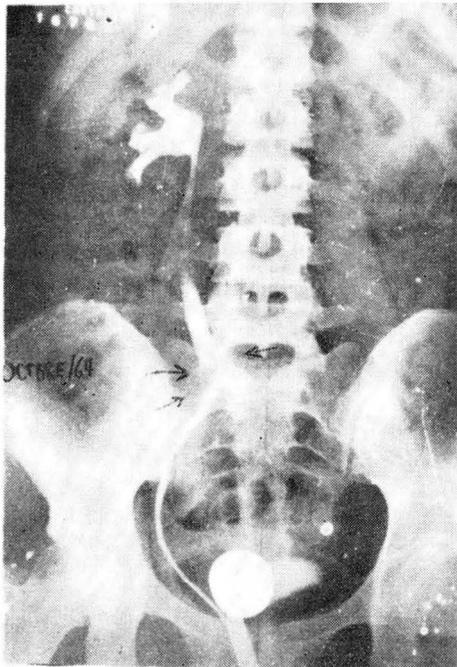
CASO Nº 8 - Urografía. Control un año después muy aceptable.



CASO Nº 8 - Pielografía directa. Pionefrosis izquierda operada (nefrectomía); hidronefrosis derecha intra y extraparenquimatosa; plastia pelvis; se dejó tubo en T. Ha desaparecido la hidronefrosis extrarrenal.



CASO Nº 11 - Pielografía. Se aprecian las lesiones de la urografía, más claramente.



CASO Nº 9 - Pielografía derecha. En urografía se apreciaba el uréter derecho sistemáticamente "excluido". Se aprecia en la pielografía imagen lacunar segmentaria del tercio medio. Periureteritis plástica tratada por dilataciones ureterales con excelente resultado clínico y radiológico.

barazo, Otros síntomas referibles al aparato urinario (lumbalgia, cólicos, fiebres, etc.), Edad del embarazo, Epoca después del parto en que se realizó el estudio, y por último el Diagnóstico urológico.

Se presentan fotografías; la apreciación global una vez obtenidos los resultados de estos casos que sometimos a la investigación propuesta, fue la de que obstetras y urólogos estamos dejando olvidadas una serie de pacientes a quienes durante el embarazo se les diagnostica infección urinaria y que si se estudian concienzudamente como lo hemos hecho nos muestran una serie de problemas urinarios que es necesario corregir antes de permitir que estas mujeres entren a otro embarazo. Naturalmente que esta responsabilidad también compete al médico general.



CASO Nº 14 - Urografía. - Detalle del riñón derecho. TBC. renal. Se aprecia "papilitis radiológicamente" en el cáliz superior.

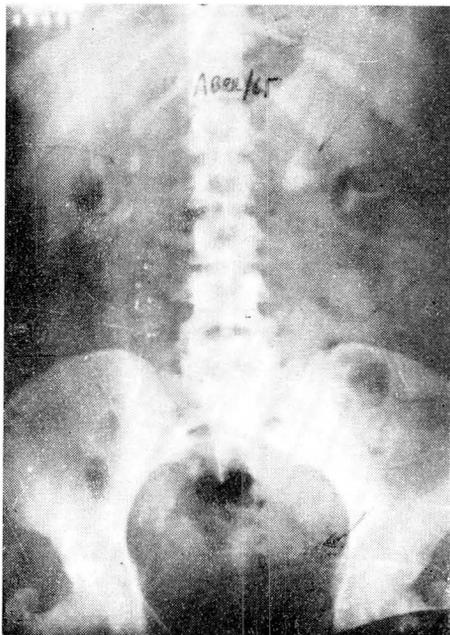
La presencia de litiasis (1-A) (3), hidronefrosis (5), pionesfrosis, anomalías congénitas, tuberculosis urinaria, etc. representan patología urinaria mayor sumamente grave, que hemos encontrado con gran alarma, y que se escudaban bajo el diagnóstico sindromático —pero nunca definitivo— de I.U. y/o P.N.; dejar pasar estas noxas desapercibidas por no realizar estos estudios implica dejar evolucionar estas enfermedades, muchas de ellas silenciosas o de presentación clínica larvada y proteiforme.

Puede observarse en el Cuadro Nº 2, en la relación detallada de cada caso, que en muchos de ellos los problemas urológicos eran mayores y solamente se vinieron a descubrir luego de varios embarazos. Ello da la razón a nuestra anterior aseveración.

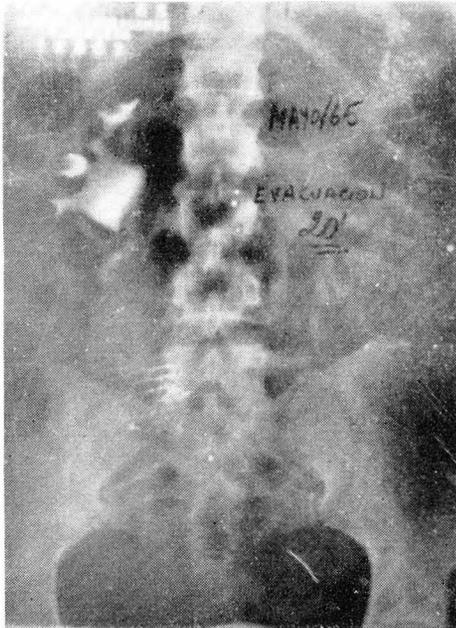
Pacientes con patología urinaria oculta, expuestas a nuevos embarazos que van a propiciar el avance de dichas enfermedades y por tanto el posible acortamiento de la vida de la madre, complicaciones de la gravidez (6) y las posibles morbosas consecuencias sobre el producto de la concepción. Como ya dijimos, enfermedades del aparato urinario de serio pronóstico que evolucionan en forma silenciosa son muy frecuentes y constituye error serio atribuir la sintomatología a la sola acción del embarazo sobre las vías urinarias.

Apreciaciones generales del estudio

1. En las 25 pacientes estudiadas se encontró:



CASO Nº 16 - Urografía. Placa simple. Litiasis renal derecha (2 cálculos), renal izquierda (1 cálculo en asta de ciervo) y ureteral izquierda. Intervenciones: 1ª pielolitomía izquierda y ureterolitomía 1/3 inf. izquierda. 2ª: pielolitomía derecha dos meses después.



CASO Nº 17 - Pielografía bilateral. - Se aprecia leve hidronefrosis derecha con retardo de la eliminación de ese lado.

Pielonefritis 14 casos
I.U. sin P.N. 5 casos
TBC. urinaria 1 caso
Ni I.U. ni P.N. 5 casos

2. De 25 pacientes que presentaron durante su último embarazo I.U. se los encontró nuevamente I.U. en época posterior al puerperio a 20.

3. De los 20 casos en los que persistió la I.U. 1 de ellos era específica (TBC).

4. En los 19 casos de I.U. inespecífica, se encontró F.A. (factor asociado) así:

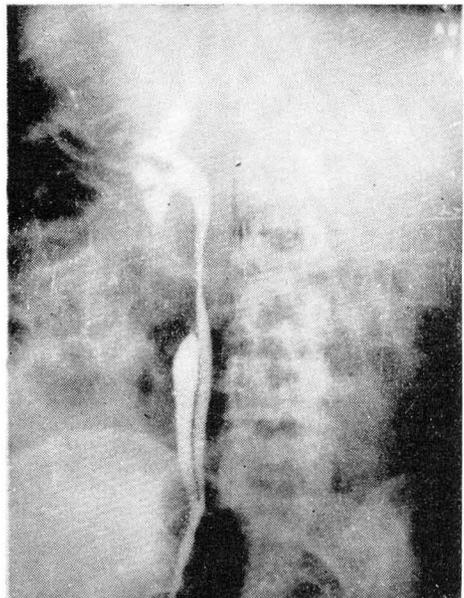
F.A. presente 17 casos
F.A. no demostrable 2 casos

El F.A. consistió en: Litiasis en 5 casos, hidronefrosis uni o bilateral en 5 casos, hidroureter en 2 casos,

Periureteritis y/o Ureteritis 2 casos, Anomalías congénitas de vías urinarias altas 2 casos, obstrucción de vías urinarias bajas (uretra y cuello vesical) en 4 casos.

Por tanto, en los 25 casos de I.U. durante el embarazo, existieron F.A. —distinto a la gravidez— en 17 (68%); pero este F.A. fué por tanto descubierto en pacientes que volvieron para estudio; pero 21 pacientes no volvieron al estudio posiblemente porque no recidivaron puesto que —tal vez— no tenían motivo (ausencia de F.A.?) en cuyo caso, para las 46 mujeres grávidas con infección urinaria, puede calcularse la existencia de F.A. (obstrucción), en el 36%, cifra acorde con la incidencia de la presencia de obstrucción en la I.U. y P.N.

5. De las 25 pacientes, 16 eran multíparas y de éstas: 10 habían tenido



CASO Nº 25 - Divertículo ureteral izquierdo. (Quedó invertida la foto).

patología urinaria en otros embarazos, 8 de éstas 10, presentaron lesiones SEVERAS, 1 tiene P.N. rebelde sin F.A. demostrable, 1 no se encontró nada.

6. De las 6 multís sin antecedentes patología urinaria en otros embarazos, 4 no presentaron lesiones importantes del árbol urinario y 2 tenían lesiones severas de las vías urinarias.

7. De las 15 pacientes que presentaron **lumbalgia** durante el último embarazo (especialmente unilateral, bilateral, sorda o especialmente tipo cólico), 10 (la mayoría) tenían lesiones obstructivas de las vías urinarias.

8. De las 5 pacientes que presentaron **fiebre** asociada a sintomatología urinaria en el último embarazo, en TODAS se encontraron posteriormente lesiones obstructivas importantes de las vías urinarias.

9. En 12 (de las 25) persistieron los síntomas y/o signos urinarios que se habían presentado en el último embarazo (48%). En 10 de éstas, se encontraron obstrucciones urinarias producidas por lesiones importantes.

RESUMEN

Se seleccionan 46 pacientes que presentaron I.U. durante el último embarazo para estudiarlas después del puerperio con el fin de hallar las causas extra-gravidez que hayan podido contribuir a que dicha infección urinaria se presentase durante el estado grávido. De estas pacientes solamente acudieron 25 a la cita propuesta para después del puerperio.

En algo más de la mitad de estas damas (68%) se hallaron enferme-

dades obstructivas importantes de las vías urinarias, lo cual debe ser motivo de reflexión con el fin de que se resuelva a tomar en cuenta que toda mujer embarazada que presente I.U. durante el embarazo debe ser estudiada seriamente puesto que el diagnóstico de infección que se hace durante el embarazo es sindromático y el tratamiento por tanto, en muchos casos, incompleto y provisional.

CONCLUSIONES

1. La gravidez es un factor predisponente para la infección urinaria de la embarazada, pero se hace necesario recordar que no es el único.

2. No efectuar estudios juiciosos de las vías urinarias en mujeres que han tenido I.U. en embarazo anterior, puede equivaler a dejar pasar desapercibidas lesiones urológicas importantes que complicarán seriamente embarazos ulteriores.

3. La calidad y cantidad de síntomas urinarios no está en relación directa con el proceso que los causa.

4. En las multís el antecedente de patología urinaria en embarazos anteriores aumenta la posibilidad de encontrar lesiones obstructivas importantes del árbol urinario; pero la ausencia de estos antecedentes no las descarta por completo.

5. La circunstancia de encontrar serias lesiones urológicas hace indicar a un buen número de mujeres la conveniencia de evitar el embarazo mientras estas se tratan etiológicamente.

6. La persistencia de trastornos urinarios o asociados, en el puerperio, aumenta la posibilidad de encontrar patología urinaria importante.

7. La presencia de lumbalgia y/o fiebre asociados a los síntomas urinarios, son indicativos de posible mayor severidad de la I.U. y/o P.N. y de que los estudios posteriores encuentren obstrucción presente.

8. Los estudios de la orina, aún los más detallados y exquisitos, no son de por sí suficientes para el diagnóstico completo y el tratamiento definitivo de la I.U. y/o P.N., por lo menos en un buen número de casos.

BIBLIOGRAFIA

- 1 CAMPBELL MEREDITH F.: "Urology". Vol. I Chap. 9, 363-365 2d. Ed., Saunders, 1963.
- 1-B CAMPBELL MEREDITH F.: "Urology". Vol. I, Chap. 8, 341 2d. Ed., Saunders, 1963.
- 2 HERBUT PETER A.: "Patología Urológica". Vol. I, Chap. V, 548, 1ª Ed. Salvat, 1959.
- 3 SCARDINO PETER L.: PRINCE CHARLES L.: "An Aftermath of Pyelonephritis". J. of Urol 90:516, 1963.
- 4 SLOTNICK IRVING J.; PRYSTOWSKY HARRY. "Microbiology of the female genital tract: II. A clinical evaluation and Long-Term follow of recent gravidas with asymptomatic bacteriuria". Obstetrics and Gynecology. 20:342, 1962.
- 5 STRICKLAND NEIL R. "Hydronephrosis in pregnancy". Obstetrics and Gynecology 24: 929, 1964.
- 6 WIEDERMAN JOSEPH; STONE MARTIN L.; PATAKY RICHARD. "Urinary tract infections and uterine activity". Obstetrics and Gynecology. 84:290, 1962.